

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N° 1068

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Gilbert SÉE

Interne à l'Hôpital Léopold Bellan.

Né le 29 juillet 1911, à Paris (Seine).

Étude Synthétique
du
Rhumatisme Articulaire Aigu
(Maladie de Bouillaud)
aux Armées

Président : M. TANON, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, EDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—
1939

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Gilbert SÉE

Interne à l'Hôpital Léopold Bellan.

Né le 29 juillet 1911, à Paris (Seine).

Étude Synthétique

du

Rhumatisme Articulaire Aigu

(Maladie de Bouillaud)

aux Armées

Président : M. TANON, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, EDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1939

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.	ROUVIERE.
Physiologie		Léon BINET.
Physique médicale		STROHL.
Chimie médicale		POLONOVSKI.
Bactériologie		Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale		BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales		BAUDOUIN.
Pathologie médicale		ABRAMI.
Pathologie chirurgicale		MONDOR.
Anatomie pathologique		LEROUX.
Histologie		CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale		TIFFENEAU.
Thérapeutique		HARVIER.
Hygiène et médecine préventive		TANON.
Médecine légale		BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée		FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie		CHIRAY.
Clinique médicale		LOEPER.
		CARNOT.
		CLERC.
		Marcel LABBE.
		LEREBoullet.
		NOBÉCOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance		H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants		GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux		CUNEO.
Clinique des maladies infectieuses		GOSSET.
Clinique chirurgicale		GRÉGOIRE.
		LENORMANT.
Clinique ophtalmologique		TERRIEN.
Clinique urologique		CHEVASSU.
		COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements		JEANNIN.
		LEVY-SOLAI.
Clinique gynécologique		MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale		RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique		LEMATRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale		Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique		Maurice VILLARET.
Clinique de la Tuberculose		TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte		MATHIEU.
Clinique de cardiologie		LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie		Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale		N...
Professeurs sans chaire		HAZARD.
		HOVELACQUE.
		MULON.
		OLIVIER.
		SANNIE.
		VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
AMELINE Pathologie chirurgicale.	CHEVALLIER... Pathologie médicale.
BARIETY Pathologie médicale.	COSTE Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.	DOGNON Physique.
BERNARD (Etienne) Pathologie médicale.	FEY Urologie.
BEZANÇON	FUNCK Pathologie chirurgicale.
(Justin) Hydrologie.	GALLIARD Parasitologie.
BOULIN Pathologie médicale.	GASTINEL Bactériologie.
BULLIARD ... Histologie.	DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
CATHALA Pathologie médicale.	

II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES .. Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL.. Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LEVY .. Pharmacologie.

MM.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE.. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.
 ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.

MM.
 LARDENNOIS . Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER ... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 SCHWARTZ ... Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.
 ALAJOUANINE.
 AUBERTIN.
 BRULE.
 CHABROL.
 DONZELOT.
 DUVOIR.
 LIAN.
 PASTEUR-VAL-
 LERY-RADOT.
 SEZARY.

Clinique médicale.

MM.
 BASSET.
 BROCC.
 CADENAT.
 GATELLIER.
 MOURE.
 QUENU.
 VELTER.

Clinique chirurgicale

MM.

ECALLE.
 METZGER.

Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

JE DÉDIE CETTE THÈSE

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

LE DOCTEUR PIERRE SEE

Qui fut pour moi le conducteur affectueux de tous les instants.

A LA MÉMOIRE DE MON ARRIÈRE GRAND-PÈRE

LE PROFESSEUR GERMAIN SEE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MA BELLE-SŒUR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TANON

Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine de Paris.

Membre de l'Académie de Médecine.

Conseiller Technique Sanitaire au Ministère de la Santé Publique.

Inspecteur Général des Services Techniques d'Hygiène

à la Préfecture de Police.

Officier de la Légion d'Honneur.

*Hommage reconnaissant et affectueux
pour l'honneur qu'il me fait en acceptant
la présidence de cette thèse.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR MONDAIN

Médecin-Chef de l'Hôpital Léopold Bellan.

*En témoignage de reconnaissance pour
l'affection qu'il m'a toujours portée.*

A MESSIEURS LES DOCTEURS

THIERRY DE MARTEL, J. CH. DENET

A MONSIEUR LE DOCTEUR DELATER

*En très affectueux hommage pour le très
paternel accueil qu'il a bien voulu toujours
me réserver.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR GENTY

*Qui a bien voulu m'aider de ses conseils
pour la mise au point de ce travail à la Bi-
bliothèque du Val de Grâce.*

INTRODUCTION

Nous nous proposons au cours de cet ouvrage d'étudier principalement l'étiologie et l'épidémicité de la maladie de BOULLAUD aux armées; et d'en donner accessoirement dans un but pratique.

C'est donc volontairement que nous laisserons dans l'ombre certains chapitres tels que l'historique et la pathogénie qui sortiraient du cadre auquel nous avons voulu nous restreindre.

HISTORIQUE

Nous ne ferons que passer sur cette question qui sort du cadre pratique de cette thèse.

Qu'il nous suffise de rappeler trois faits :

En 1836, BOUILLAUD formule ses fameuses lois de coïncidence.

Puis c'est en 1877 que Germain SÉE introduit une médication longtemps considérée comme spécifique et qui reste à l'heure actuelle à la base de la thérapeutique : le salicylate de soude.

C'est enfin, en 1892, BARD qui montre que les séquelles d'endocardite sont souvent le siège ultérieurement de nouvelles poussées inflammatoires.

ETIOLOGIE

La maladie de Bouillaud n'a pas encore à l'heure actuelle d'étiologie précise. Aussi fait-on une large place aux causes prédisposantes banales.

Les statistiques d'épidémiologie sont difficiles à établir car bien des malades de clientèle ne consultent pas. De plus le rhumatisme articulaire aigu n'est mentionné ni dans les maladies à déclaration obligatoire, ni dans celles à déclaration facultative.

Nous emprunterons à la communication faite par MM. COSTÉDOAT et JEANNEST à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris sur le rhumatisme articulaire aigu dans l'armée quelques données sur l'épidémiologie.

Pour ces auteurs :

1°) Le rhumatisme est une maladie de toutes les saisons.

Le maximum de fréquence s'observerait aux mois de mars et de mai ou juin.

2°) Le climat ne semble pas avoir non plus de rôle prépondérant. Les statistiques extrêmement étendues des deux auteurs sus-cités ne permettent pas de conclure à une influence précise de l'humidité dans la genèse de cette maladie. Et, ayant recherché si BRIANÇON, qui possède un climat particulièrement rigoureux, était plus ou moins atteint, ils ont juste pu

conclure à un minimum de fréquence des angines et des amygdalites. LASÈGUE a d'ailleurs fait remarquer que les articulations exposées au froid (doigts, temporo-maxillaire) n'étaient que rarement frappées.

3°) *L'âge*. — La maladie de BOULLAUD est une maladie de l'enfance, de l'adolescence et de l'adulte jeune.

Pour MARFAN on ne la verrait à peu près pas en dessous de cinq ans.

La première élévation de la courbe de fréquence et de morbidité correspondrait pour NOBÉCOURT à la poussée de croissance entre huit et quatorze ans.

De quatorze à vingt ans la fréquence diminuerait et le nouveau maximum serait atteint, comme pour la plupart des maladies infectieuses, entre vingt et vingt cinq ans, âge du service militaire. La courbe diminue peu à peu de vingt cinq à trente ans pour décroître très rapidement au-dessus de trente ans.

4°) *Le sexe*. — La maladie peut être un peu plus fréquente chez l'homme, mais le sexe ne semble marquer aucun rôle de prédisposition.

5°) *L'hérédité*. — C'est là une question très discutée. Certaines familles semblent prédisposées à la maladie. En fait, le rhumatisme articulaire aigu ne semble pas plus héréditaire que les autres maladies infectieuses aiguës.

A défaut d'hérédité on a pensé à une prédisposition du terrain et on s'est demandé si la maladie ne serait pas plus fréquente chez les sujets que BOUCHARD a réunis sous le nom « d'arthritiques ».

Pour ENRIQUEZ et M. P. WEIL « il n'y aurait pas de fréquence particulière chez les individus appartenant à la grande diathèse arthritique ».

6°) *Profession.* — Plus fréquente peut-être chez les forgerons, facteurs, cuisiniers, marchands de vin, la maladie de BOUILLAUD atteindrait avec prédilection les sujets ayant des métiers fatigants et demandant la station debout. Les médecins militaires sembleraient corroborer cette façon de voir, et pour ANDRIEU, l'infanterie, les chasseurs à pied payeraient un plus lourd tribut à cette affection que les autres armes.

7°) *Immunité.* — Sans que l'on puisse parler d'immunité puisque la maladie de BOUILLAUD est essentiellement récidivante, il faut cependant remarquer (ANDRIEU) que « le contingent rural est plus frappé par cette affection à son arrivée au service que le contingent urbain qui, soumis à l'endémie rhumatismale des grandes villes a pu devenir réfractaire dans une certaine mesure ».

EPIDEMICITÉ ET CONTAGION

C'est là une des questions les plus controversées. On a signalé des épidémies de rhumatisme articulaire aigu et ceci particulièrement aux armées où la détection est relativement plus facile que dans la médecine civile. GRENET a noté des foyers d'apparence épidémique et, pour lui, l'incubation durerait de huit à vingt six jours, la transmission se faisant vraisemblablement par les sécrétions pharyngées.

BEZANÇON et PHILIBERT constatant que les rhumatisants ne contaminent pas leurs voisins d'hôpital, se demandent « si le problème de la contagion n'est pas mal posé et si comme dans la méningite cérébro-spinale où l'on n'observe presque jamais de contagion directe, ce n'est pas la lésion du pharynx qui serait la source du germe contagieux; ou si encore étant donnée l'allure familiale de certains cas de rhumatismes il ne pourrait pas se faire comme dans le cas de tuberculose une contagion dans l'enfance ou dans l'adolescence les manifestations articulaires n'apparaissant que plus tardivement ».

La fréquence serait pour ces auteurs liée aux influences saisonnières déclenchantes comme on voit à certaines époques survenir des pneumonies.

Le rhumatisme articulaire aigu se présente sous

des formes sporadiques et sous des formes endémiques.

Nous empruntons à ANDRIEU cette classification et les arguments qu'il en donne.

« L'état sporadique est le plus communément observé en toutes saisons dans les centres ruraux, rarement dans les villes, les cas éclatant isolément avec toute l'apparence de l'autogénèse ».

Dans les centres urbains l'apparition de cas simultanés est de toute évidence. C'est un état endémique soumis, — et en ce point ANDRIEU se trouve d'accord avec les données exposées ci-dessus de BEZANÇON et PHILIBERT, — aux influences saisonnières, la fréquence augmentant à la période hiverno-vernale.

Cet état endémique fournirait le plus gros contingent d'infections rhumatismales dans les villes.

C'est sur ce fond d'endémie que se grefferait l'épidémie, notion qui n'est pas nouvelle puisqu'ANDRIEU note en passant qu'Hippocrate mentionne l'épidémicité du rhumatisme dans le premier livre des épidémies.

Puis ANDRIEU cite des chiffres qui prouvent une régression aux armées de la maladie de Bouillaud : 21,75 sur mille hommes de 1907 à 1912, s'abaissant à dix pour mille de 1920 à 1929.

Différents auteurs (FIESSINGER, MOUNIER, GRENET) groupent des foyers d'épidémie qu'ils ont pu constater : jusqu'à 63 cas dans un même foyer (GRENET 1915 : épidémie aux environs de Compiègne).

ANDRIEU lui-même cite le cas d'une épidémie de

huit cas, d'une de 48 cas et en 1907, à Verdun, 273 cas presque tous localisés dans un même régiment d'infanterie.

Examinons maintenant sous quel aspect se présentent ces épidémies de maladie de Bouillaud.

Voici ce qu'en dit ANDRIEU :

« Les épidémies de Rhumatisme Articulaire ont une physionomie particulière; la lenteur et l'insidiosité extrême de leur mode de constitution sont d'abord à souligner. Mais une fois établies elles sont au contraire durables et cela pendant des semaines et des mois. Elles sont cependant essentiellement restreintes par le nombre des atteintes : tantôt strictement localisées en un groupement familial donnant l'aspect d'épidémies de maison; d'autres fois l'épidémie s'étend autour du foyer primitif à la manière de la poliomyélite ou de l'encéphalite, lentement, en faisant tache d'huile. Tenaces une fois qu'elles ont atteint un groupement, elles sont quelques fois faites de poussées successives ».

Quoiqu'il en soit « le rhumatisme articulaire aigu n'apparaît sous le mode épidémique que lorsque sont réalisées au mieux certaines conditions favorisantes individuelles ou extérieures » (GRENET).

Sous quelles formes se fait cette contagion ?

La contagion indirecte, — par les objets extérieurs, — ne semble pas être à l'heure actuelle autre chose qu'une hypothèse : on a successivement incriminé

miné l'eau (DUFOR) et même la mouche du rat; CLARKE, en effet, pense que l'on peut superposer la distribution dans le monde du rhumatisme à celle de la mouche du rat.

La contagion directe, — ou indirecte par porteur sain, — est plus vraisemblable. Elle exigerait d'après ANDRIEU contact prolongé entre sujets malades et sujets sains : voisins de lit, compagnons d'habitation ou de travail qui pourraient devenir plus ou moins longtemps porteurs sains du virus inconnu et tardivement malades à leur tour, ou transmettre le virus à d'autres individus candidats eux-mêmes à la maladie.

Cette dernière donnée diffère un peu de celle donnée plus haut : nous avons vu en effet que pour BEZANÇON et PHILIBERT le contagement direct de lit à lit était peu courant.

Toujours est-il que la fréquence de la maladie de Bouillaud est plus grande dans l'entourage du rhumatisant. ANDRIEU cite des chiffres à l'appui de cette thèse :

FAULKNER et WHITE 35,5 %.

BEZANÇON et M. P. WEIL 30 %.

Et ANDRIEU se demande en passant si la prétendue notion d'hérédité ne se ramènerait pas à la notion de contagion familiale, celle-ci comme nous l'avons noté pouvant se faire dans l'enfance pour ne se manifester que plusieurs mois ou plusieurs années plus tard.

L'incubation, comme nous l'avons déjà dit, varierait selon les auteurs de quatre à vingt-cinq jours :

incubation qui ne semble pas contagieuse, mais ANDRIEU se demande si, comme l'a dit BEZANÇON « la contagiosité ne précéderait pas la crise paroxystique qui constitue l'attaque rhumatismale ».

Les débuts cliniques de la maladie sont extrêmement variables et nous en verrons plus loin les modalités, mais dès à présent il faut noter la très grande fréquence de la rhinopharyngite qui pour beaucoup d'auteurs constitue la porte d'entrée et qui serait un facteur important de la contagion directe.

Il y a lieu de se demander s'il n'existe pas des réservoirs de virus ou des porteurs de germe sains comme dans la méningite cérébro-spinale et la diphtérie. Ce n'est là qu'une hypothèse, du moins aurait-elle le mérite de susciter des essais de prophylaxie.

BACTERIOLOGIE

De nombreux microbes ont été tour à tour incriminés comme agents responsables du rhumatisme articulaire aigu.

ACHALME isole dans le sang d'un malade mort de rhumatisme cérébral un anaérobie que THIROLOIX et ROSENTHAL retrouvent dans le sang et les viscères et qu'ils prennent pour du bacillus perfringens.

TRIBOULET et COYON décrivent un diplocoque anaérobie se rapprochant de l'entérocoque de THIERCELIN.

CHANTEMESSE, MATRUCHOT et GRIMBERT auraient isolé un organisme intermédiaire aux bacilles et aux champignons qui reproduirait expérimentalement arthrites et endocardite.

Bien des auteurs ne trouvent aucun germe pas plus dans la sérosité articulaire que dans le sang. Et le fait est, que l'hémoculture ne pousse à peu près jamais et que d'autre part le liquide articulaire est à peu près toujours aseptique.

C'est pourquoi certains auteurs et les auteurs américains en particulier (LAWRENCE, BILLINGS, ROSENOW) pensent que le point de départ de l'infection est buccopharyngé : infection focale soit des dents et des tissus mous périodontaires, soit des amygdales, soit du pharynx; et pour eux c'est une variété spéciale

de streptocoque qui serait en cause, le streptococcus cardioarthritidis de SMALL différant et du S. hémolytique et du S. viridens.

Le S. birkhang également incriminé déterminerait expérimentalement comme le S. de SMALL, arthrites et endocardite.

Citons pour terminer deux théories :

L'une (LOEPER) refuse toute autonomie au rhumatisme qui de ce fait n'aurait pas de spécificité microbienne;

l'autre (PONCET, LOEWENSTEIN, LERICHE) qui assimilerait le rhumatisme à la tuberculose.

Comme on peut s'en rendre compte par ce bref exposé, toutes les idées ont été à peu près émises sur la bactériologie de la maladie de Bouillaud.

Citons la conclusion de BEZANÇON et PHILIBERT :

« L'origine amygdalienne streptococcique à point de départ amygdalien semblant à l'heure actuelle la théorie pathogénique la plus satisfaisante devrait être l'objet des recherches de contrôle les plus rigoureuses ».

APERÇUS CLINIQUES

Notre intention n'est pas ici de retracer tout au long le tableau clinique de la maladie de BOUILLAUD. Nous voulons simplement donner quelques indications.

PRODROMES.

L'attaque de rhumatisme est parfois précédée de quelques symptômes locaux à type d'algies diverses qui ne sont d'ailleurs pas localisées uniquement aux articulations.

La Diarrhée n'est pas rare à cette période (la moitié des cas d'après GRENET).

Mais il est un signe que l'on devra toujours rechercher tant par l'examen clinique, que par l'anamnèse, c'est l'angine.

Même passée inaperçue, elle fait rarement défaut.

LASÈGUE en distinguait trois types :

très légère et précédant le rhumatisme, type le plus courant; assez forte prédominant sur l'arthrite ou enfin évoluant avec le rhumatisme.

C'est une angine rouge, diffuse, des amygdales, du voile, des piliers, de la paroi postérieure du pharynx « s'atténuant progressivement jusqu'à la muqueuse normale » (LASÈGUE). Parfois on note un exsudat léger facile à détacher sur la luette ou l'amygdale.

Souvent à prédominance unilatérale, elle est à peu près toujours sans aucun retentissement ganglionnaire.

La fièvre, la courbature, l'albuminurie viennent compléter le tableau.

Il faut savoir que l'angine est souvent plus tenace, plus rebelle au traitement salicylé que les arthrites.

ETAT.

C'est l'apparition plus ou moins brutale des arthralgies. On en connaît les caractères :

siégeant aux grosses articulations, du membre inférieur surtout, pouvant prendre n'importe quelle jointure, essentiellement fugaces et mobiles, elles vont et viennent au cours d'une même attaque si bien qu'à un moment donné chaque localisation peut être d'un âge différent et évoluer pour son propre compte.

On y retrouve tous les signes de l'inflammation : les articulations sont tuméfiées, elles sont chaudes, elles sont rouges, elles sont douloureuses; mais il est néanmoins classique de dire que « bien immobilisé le rhumatisant ne souffre pas ».

Ces malades s'immobilisent d'ailleurs par eux-mêmes dans le maximum de relâchement musculaire et articulaire.

Sur ce fond d'arthralgie se greffent :

la fièvre, qui n'est pas en plateau mais à rémission matinale très forte pouvant atteindre deux de-

grès, fièvre d'autant plus élevée que le cas est plus grave.

Toujours irrégulière, la courbe de température est la traduction fidèle :

des poussées nouvelles,
du traitement salicylé.

La défervescence se fait le plus souvent en lysis.
Le pouls est en rapport avec la température.

Les *sucurs*, très abondantes, d'odeur aigrette, souvent accompagnées de sudamina.

Une *anémie* toujours marquée, le rhumatisme est une maladie déglobulisante.

L'éosinophilie est souvent accentuée.

On note parfois aussi un état saburral des voies digestives.

Tous ces troubles ont une durée essentiellement variable : d'une semaine à cinquante jours et plus. La maladie de BOULLAUD est essentiellement récidivante.

Ce qu'il importe en tous cas de savoir, c'est que :

1°) le traitement salicylé ne doit pas être interrompu à la chute de la température; nous y reviendrons d'ailleurs plus loin;

2°) la convalescence est toujours très longue; le lever doit toujours être très tardif. L'auscultation du cœur s'impose pendant plusieurs semaines.

Tel est très schématiquement le tableau clinique le plus courant. Nous ne nous y attarderons pas plus car un rhumatisme articulaire aigu typique est un diagnostic qui ne se discute pas.

Bien plus instructives sont les formes atypiques.

Nous les grouperons sous le titre de : *Manifestations viscérales* comprenant dans cette classification tout ce qui n'est pas la polyarthrite.

1°) *Atteinte cardiaque.*

Il ne nous est pas possible dans un travail comme celui-ci d'approfondir cette question qui demanderait tout un volume tant la bibliographie en est importante. Nous en tracerons seulement les grandes lignes.

On sait que la localisation cardiaque du virus peut précéder, accompagner ou suivre l'atteinte articulaire, celle-ci pouvant parfois n'être que très minime.

Les lois de coïncidence de BOULLAUD indiquent la fréquence des cardiopathies au cours des rhumatismes cardiaques selon leur gravité.

Ces cardiopathies suivraient la poly-arthrite dans la majorité des cas du sixième au quinzième jour. Ce n'est là qu'une moyenne mais nous avons vu plus haut qu'il faut s'attendre à les trouver à toute époque de l'évolution d'où la règle absolue d'ausculter quotidiennement les rhumatisants sitôt que le diagnostic est posé.

a) *L'Endocardite.*

L'assourdissement des bruits du cœur, le tambour voilé de crêpe de Potain en sont la première manifestation stétacoustique. En même temps qu'on note des souffles, le plus souvent extra-cardiaques de localisation imprécise et variable. Lorsque s'éta-

blit le souffle organique, il est fréquemment précédé dans son apparition d'un timbre parcheminé.

Ces souffles organiques siègent dans la majorité des cas aux orifices mitraux et sigmoïdiens aortiques alors que le cœur droit reste souvent indemne. La maladie mitrale traduisant la double lésion d'insuffisance et de rétrécissement n'est pas rare.

b) *La Péricardite.*

Précédée de signes fonctionnels : douleurs précordiales, névralgies avec tachycardie ou même arythmie, elle se traduit à son installation par un assourdissement des bruits et par le frottement à la pointe du cœur « il naît et meurt sur place » sans propagation. On note à ce moment une augmentation de la matité cardio-hépatique.

Cette péricardite évolue soit vers la guérison, soit vers la symphyse cardiaque que des signes, fonctionnels d'abord (dyspnée, cyanose), mais rapidement organiques, viennent signer : c'est en effet bientôt l'asystolie confirmée à prédominance hépatique.

c) *La Myocardite.*

Rarement isolée elle s'associe généralement aux lésions déjà étudiées et se traduit par un assourdissement des bruits, un galop. Parfois méconnue, elle expliquerait une dyspnée importante, des douleurs après la guérison apparente de la crise.

Toutes ces lésions sont le plus fréquemment plus ou moins associées. A leur maximum de gravité,

elles constituent le « grand cœur rhumatismal de DUROZIER ».

Ce sont elles qui font, tant par leur fréquence que par leur évolution, toute la gravité de la maladie de BOUILLAUD.

Ce sont elles qui le plus souvent nécessitent les sanctions graves prises par les Conseils de réforme et que nous aurons l'occasion de mentionner plus loin.

2) *Atteinte pleuro-pulmonaire.*

Le poumon et la plèvre gauches subissent fréquemment le contre-coup de l'endocardite et de la péricardite.

Point de côté, dyspnée, toux quinteuse, traduisent cette participation pleuro-pulmonaire qu'il faut rechercher systématiquement au cours de l'auscultation quotidienne : celle-ci montrera une abolition du murmure vésiculaire, de l'égophonie, de la pectoriloquie aphone.

L'épanchement est souvent aussi fugace que l'a été l'arthrite. Le poumon présente des zones de congestion souvent disséminées, plus ou moins fugaces et aboutissant dans des cas graves à la crise d'œdème aigu.

3°) *Atteinte nerveuse.*

C'est le rhumatisme cérébral, complication rare, mais d'une extrême gravité. Son apparition est liée au surmenage intellectuel, à toute cause de dépression ; il apparaît du sixième au vingtième jour chez

un malade en hyperpyrexie avec tachycardie, sueurs, angoisses, délire.

Ataxique suraigu, il tue en quelques minutes (TROUSSEAU). Malade hyperpyrétique, délirant, épuisé; refroidissement des extrémités et cyanose. Le coma s'installe rapidement.

Subaigu et chronique, il apparaît souvent à la convalescence, c'est « la folie rhumatismale de MENET » : inquiétude du malade, soupçons, méfiance, parfois délire avec ou sans agitation, obnubilation intellectuelle.

La chorée apparaît souvent à ce moment; elle est même parfois la seule manifestation de l'atteinte cérébrale.

Pour Germain SÉE, la chorée est de nature rhumatismale.

4°) *Atteintes abdominales.*

On a insisté à juste titre sur des formes péritonéales et sur les formes pseudo-appendiculaires, qui posent le problème de l'intervention avec les risques que celle-ci peut comporter en pareille occurrence, sans préjudice du retard que peut apporter à la thérapeutique salicylée une attente de quelques heures ou plus dans le diagnostic.

Toutes ces formes viscérales selon la prédominance de l'une ou de l'autre ont permis de décrire une infinité de formes cliniques, nous n'y reviendrons pas. Mais il faut savoir que la variété des modes de début de cette affection en rend parfois le diagnostic très difficile ce qui pourrait être un empêchement à des mesures prophylactiques et thérapeutiques précoces.

PROPHYLAXIE ET TRAITEMENT

La prophylaxie est, pour l'instant, celle de toutes les maladies infectieuses : soins d'hygiène, désinfection de la bouche et du rhino-pharynx, gargarismes, instillation de gouttes antiseptiques. On a insisté à juste titre sur l'amygdalectomie. KAISER va même jusqu'à la demander d'autorité chez tout enfant rhumatisant tant qu'on aura pas trouvé un facteur étiologique plus précis.

Au point de vue digestif : surveillance préventive des eaux et des aliments. Conseiller aux hommes de porter une flanelle sur l'abdomen. Les troubles digestifs du début pouvant faire penser à une participation digestive. Ce point de vue ne doit pas être négligé.

WEISSENBACH et FRANÇON préconisent l'amélioration des casernements : recherche de logis aérés et ensoleillés.

Et à titre préventif, ces auteurs indiquent outre la destruction des nids d'infection focale : dents, amygdales, etc... l'aspirine à haute dose qui d'après eux prévient indubitablement les rechutes sérieuses. « Procédé simple à appliquer tant au malade qu'à son entourage sans préjudice de l'isolement en phase aiguë et des mesures indispensables de désinfection ».

Le traitement sera toujours intensif, prolongé et aussi précoce que possible.

Hygiénique, il visera à immobiliser le malade au lit avec un cerceau afin d'éviter tout contact entre les couvertures et les articulations douloureuses, à désinfecter la bouche, le nez et la gorge. Pendant toute la période fébrile on se trouvera bien d'appliquer le régime lacté.

Médicamenteux (d'après GIROUX) il est essentiellement à base de salicylate qui abaisse rapidement la fièvre et produit parfois une chute brusque de la température qui normalement tomberait en lysis.

On fera précéder cette thérapeutique d'un lavement purgatif ou d'une purge qui en améliore l'effet; il sera bon aussi de vérifier en cours de traitement par un examen d'urine si le malade prend bien son médicament.

On le prescrira à des doses *très élevées* de six à dix grammes par vingt quatre heures, qu'on aura soin de répartir à intervalles égaux, car l'élimination en est rapide. Le salicylate de soude est un des rares médicaments que l'on doit faire ingérer même la nuit, quitte à réveiller le malade.

On atténuera l'irritation du salicylate sur la muqueuse gastrique par ingestion simultanée d'une dose égale de bicarbonate de soude.

« En cas d'intolérance gastrique, la voie intra-veineuse donne de très bons résultats.

« On prendra une solution au 30^e et après l'injection on fera passer dans les veines quelques centi-

mètres cubes de sérum physiologique dans le but d'éviter les indurations veineuses.

« Ces injections sont répétées à la dose de trois centimètres cubes, 2 fois par jour et avec LUTEMBACHER nous conseillons d'associer aux injections pratiquées dans le jour, l'ingestion de salicylate pendant la nuit. L'injection intra-veineuse a le double avantage d'éviter les troubles gastriques et d'agir plus efficacement sur les complications cardiaques peu influencées par le traitement salicylé per os.

Par vois rectale, on pourra formuler :

salicylate	6 à 8 grammes
eau	100
teinture d'opium	1,50

ou encore en suppositoire

salicylate	1 gramme
beurre de cacao	3 grammes

On a aussi conseillé des frictions avec la pommade

acide salicylique	} à à 5 grammes
lanoline	
essence de térébenthine ..	
axonge 40 grammes	

Une fois le malade apyrétique on continuera le traitement à fortes doses pendant une quinzaine de jours et on conseillera des cures mensuelles de dix jours à la dose de deux à trois grammes pendant plusieurs mois.

En dehors du traitement salicylé, l'aspirine, la mé-taspirine, l'antipyrine et surtout le salophène, peuvent donner des résultats.

Plus récemment certains auteurs ont conseillé l'em-ploi : du soufre colloïdal (LOEPER) à la dose de 1 cm³ tous les jours, en injection intra-veineuse. Il donne-rait de bons résultats mais aurait le gros inconvé-nient d'être contre-indiqué en cas de lésion cardia-que.

De l'or colloïdal (GRENET) en commençant par un quart de cm³, puis un demi cm³ et un cm³, une in-jection intra-veineuse tous les jours. Mêmes incon-vénients que le soufre.

Du rhodium colloïdal qui serait moins choquant. Et CHEVALIER a combiné la médication salicylée aux métaux colloïdaux par l'emploi du dithiosalicylate de sodium et de magnésium à la dose de un gramme en solution à 5 % en intra-veineuse.

TRAITEMENT DES PRINCIPALES COMPLICATIONS.

a) *Cardiaques.*

L'endocardite sera traitée par la continuation de la médication salicylée à laquelle on pourra ad-joindre de l'iodure de sodium 1 gramme pendant très longtemps, on laissera à demeure une vessie de glace sur la région précordiale.

La péricardite n'aura pas d'autre traitement que la ponction si l'épanchement est assez abondant pour entraîner des troubles fonctionnels importants.

La myocardite bénéficiera des tonicardiaques courants; de la digitaline en cas de tachyarythmie, aux taux habituels; ou encore de l'ouabaïne intra-veineuse.

b) *Nerveuses.*

En plus de la thérapeutique salicylée, le rhumatisme cérébral sera traité par l'hydrothérapie froide : un bain froid à 22° toutes les trois heures, vessie de glace sur la tête.

Cures thermales.

Pour les arthrites :

Bourbon-Lancy,
Bourbonne-les-Bains,
Bourbon l'Archambault.

Pour les cardiopathies :

Néris.
Royat (bains carbo-gazeux).

POSITION DU CONSEIL DE RÉFORME VIS-A-VIS
DES RHUMATISANTS.

1°) Tout soldat présentant une crise de maladie de Bouillaud subit une réforme temporaire de un an.

2°) L'année suivante s'il n'y a pas d'amélioration, deuxième réforme temporaire d'un an.

3°) Si au troisième conseil de réforme le rhumatisme continue à évoluer, réforme définitive.

4°) Si les séquelles sont légères, la gêne fonctionnelle minime sans lésion fixée, Service Auxiliaire.

5°) S'il y a endocardite légère : réforme temporaire pouvant s'il y a lieu devenir définitive.

6°) En cas de complications cardiaques (rhumatisme cardiaque évolutif) réforme définitive.

En ce qui concerne les Officiers, la mise en non activité temporaire correspond à la réforme temporaire.

CONCLUSIONS

La maladie de Bouillaud a une étiologie encore imprécise. C'est en tous les cas une maladie infectieuse qui semble bien évoluer sous trois formes sporadique, endémique et épidémique.

On trouve dans la littérature de nombreux cas de contagion et la connaissance de foyers épidémiques qui justifieraient l'essai d'une prophylaxie appropriée qui n'est pas encore au point actuellement.

La base de la thérapeutique est fournie par le salicylate de soude qui peut être administré par toutes les voies et à des doses considérables longtemps prolongées.

Plus récemment on a introduit les métaux colloïdaux.

De plus en plus le rhumatisme articulaire aigu se pose comme une maladie sociale tant par l'évolution de l'affection que par les séquelles redoutables que celle-ci laisse derrière elle. Les lésions cardiaques sont en effet d'une extrême fréquence et d'une très grave portée, aussi justifient-elles amplement les innombrables travaux qui s'inscrivent à son actif.

Vu : Le Président de Thèse,
TANON.

Vu : Le Doyen,
M. TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDRIEU. — Remarques sur l'épidémiologie du rhumatisme articulaire aigu. *Revue Médicale Française*, N° 3, Mars 1933, p. 277 à 286.
- BAUDET et CAHUZAC. — Réaction péritonéale du rhumatisme articulaire aigu simulant l'appendicite. *Arch. Méd. et Pharm. Militaire*, 1935, T. 103, p. 1003.
- BEZANÇON et PHILIBERT. — Précis de Pathologie Médicale, T. II, p. 455 à 491.
- BOUCHUT et LEVRAT. — L'antypirine dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu. *Presse Médicale*, 30 oct. 1937. T. XLV, N° 84, p. 1467.
- BROUSSES. — Pseudo-appendicite et rhumatisme articulaire aigu. *Soc. de méd. milit. française*, 1938, T. 32, p. 76.
- CHEVALIER. — Les dithiosalicylates dans les rhumatismes. *Bull. Acad. Méd. de Paris*, 1935, T. CXIII, p. 799.
- CODVELLE. — Idées actuelles sur le rhumatisme articulaire aigu. *Arch. Méd. et Pharm. Milit.*, 1929, T. 90, p. 695.
- COSTE. — Maladie de Bouillaud chez l'adulte. *Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 20 déc. 1937, T. LIII, n° 34, p. 1635.
- COSTE, DOAT et JEANNEST. — Le rhumatisme articulaire aigu dans l'armée. *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 15 oct. 1937, p. 1113.
- DIZAC et VALATZ. — Sur le rhumatisme articulaire aigu. Le rhumatisme articulaire aigu est-il contagieux ? *Bull. Soc. Méd. Milit. Franc.*, 1936, T. 30, p. 53.
- EMONT et DUGUET. — Syndrome neurologique diffus. Localisation neurologique. *Bull. Soc. méd. milit. franç.*, 1936, T. 30, p. 337.
- GIROUX. — Les rhumatismes aigus et leur traitement. *Les Actualités Médicales* chez J. B. Baillière et Fils.

- KAISER. — *Journ. hab. a Clin. Med.* Mars 1936, vo 6, p. 609.
- LADARTHE. — Le Rhumatisme articulaire aigu, maladie contagieuse et épidémique. *Bull. Soc. méd. milit. franç.*, 1936, T. 30, p. 119.
- LE MER et RESSIGUIER. — Pseudo Appendicite et Rhumatisme. *Soc. Méd. Milit. Franç.*, 1938, T. 32, p. 529.
- RIEUX. — Rhumatisme Articulaire aigu et Cardiopathies valvulaires en milieu militaire. *Arch. Mal. cœur, vaisseaux et sang*, 1927, T. 1, p. 9 à 23.
- ROULIN. — Rhumatisme Articulaire aigu et Tuberculose. *Arch. méd. et pharm. milit.*, 1935, T. 102, p. 651.
- WEBER. — Le Rhumatisme articulaire aigu est-il épidémique ? *Journ. Praticiens*, 10 sept. 1927, p. 599.
- WEISSENBACH et FRANÇON. — Service de santé militaire et Rhumatisme. *Revue du Rhumatisme*, N° 4, Avril 1939, p. 428.

